

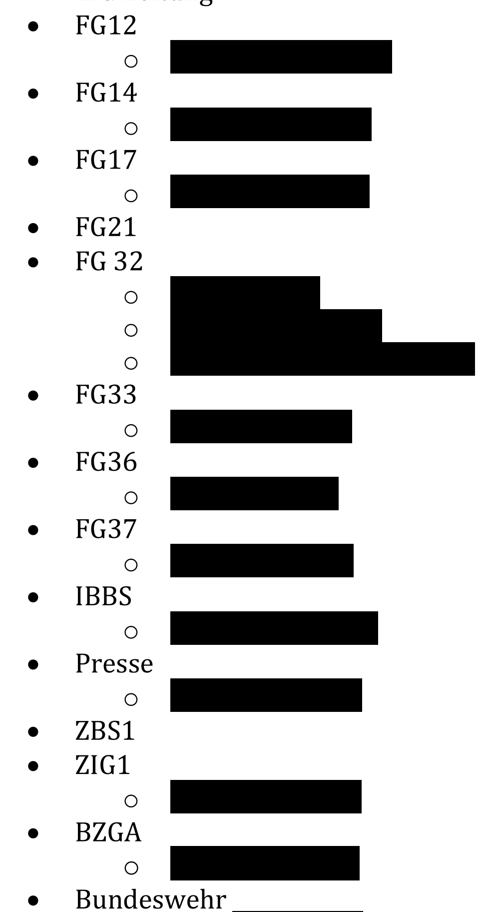
Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

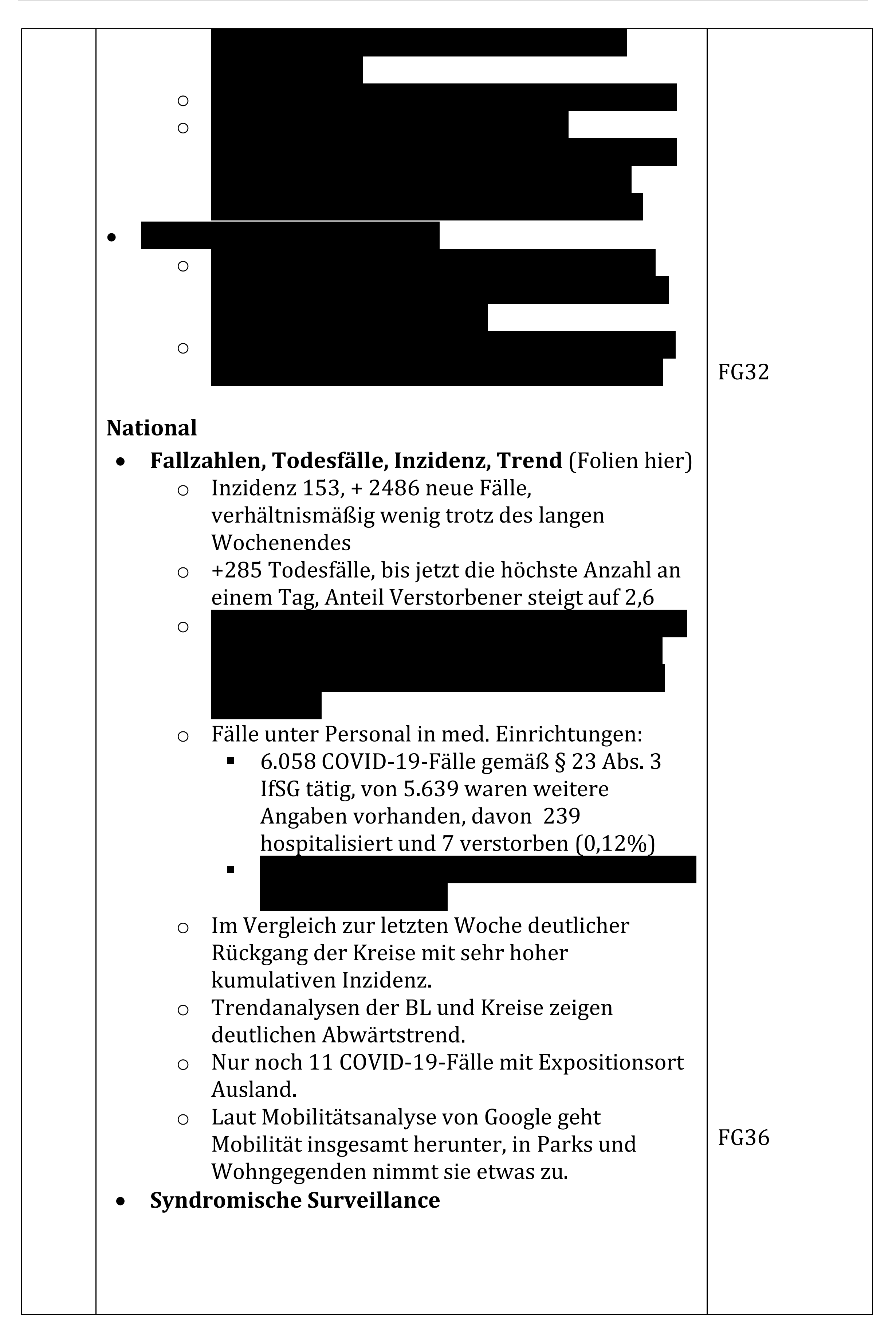
Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*15.04.2020, 11-12:45 Uhr*

Sitzungsort **Teilnehmende:**



- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade (Moderation)
- Abt. 1 Leitung
- Abt. 2 Leitung
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
- FG12
  -
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG21
- FG 32
  -
  -
  -
- FG33
  -
- FG36
  -
- FG37
  -
- IBBS
  -
- Presse
  -
- ZBS1
- ZIG1
  -
- BZGA
  -
- Bundeswehr
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International Fälle, Schwere, Risikofaktoren** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Länder über 70.000 Fällen: ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted]	ZIG1



FG32

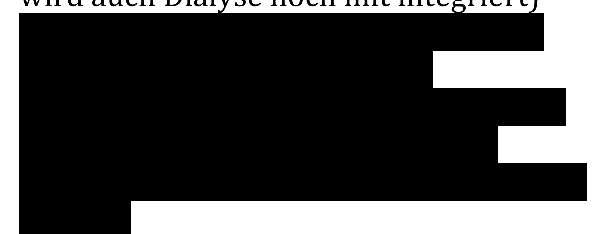
National

- **Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend** (Folien hier)
  - Inzidenz 153, + 2486 neue Fälle, verhältnismäßig wenig trotz des langen Wochenendes
  - +285 Todesfälle, bis jetzt die höchste Anzahl an einem Tag, Anteil Verstorbener steigt auf 2,6
  - Fälle unter Personal in med. Einrichtungen:
    - 6.058 COVID-19-Fälle gemäß § 23 Abs. 3 IfSG tätig, von 5.639 waren weitere Angaben vorhanden, davon 239 hospitalisiert und 7 verstorben (0,12%)
  - Im Vergleich zur letzten Woche deutlicher Rückgang der Kreise mit sehr hoher kumulativen Inzidenz.
  - Trendanalysen der BL und Kreise zeigen deutlichen Abwärtstrend.
  - Nur noch 11 COVID-19-Fälle mit Expositionsort Ausland.
  - Laut Mobilitätsanalyse von Google geht Mobilität insgesamt herunter, in Parks und Wohngegenden nimmt sie etwas zu.

FG36

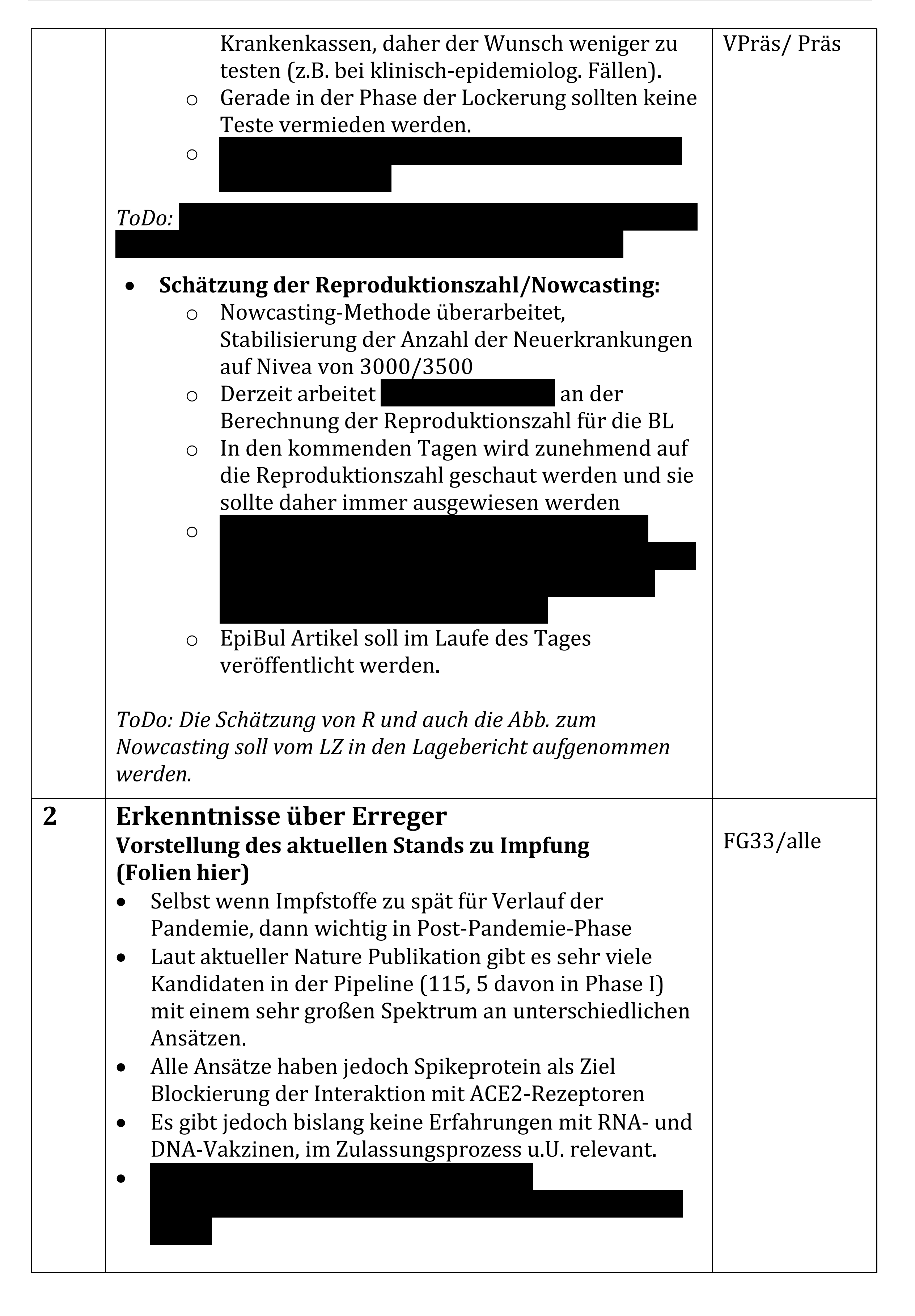
- **Syndromische Surveillance**

	○ Grundsätzlich sieht man Effekt der Ostertage, ggf. Nachmeldungen und damit Veränderung möglich. ○ Grippeweb: ▪ ILI-Raten auf sehr niedrigem Niveau, „Allzeittief" ○ AGI: ▪ 15 KW sehr wenig Meldungen (25% weniger), es gibt sicherlich Nachmeldungen, aber insges. Konsultationsinzidenz seit mehreren Wochen steil abfallend (über alle Altersgruppen) ▪ Es sind in der 15 KW nur sehr wenige Proben eingegangen. Gründe dafür: Post über Feiertage verzögert, Praxen geschlossen und das Motivationsschreiben an die Praxen in dem zum weiteren Abstreichen der Patienten aufgefordert wird, ist noch nicht rausgeschickt worden. Die wenigen Proben waren Influenza negativ, aber eine Probe SARS-CoV-2 positiv (wahrsch. verzerrt durch wenige Proben). ○ Syndromische Krankenhaus-Surveillance (ICOSARI) (Folien hier) ▪ Unterschiedliche Abdeckung in versch. BL ▪ Seit KW40/2015 Daten von entlassenen Patienten mit J-Diagnose (respiratorische ICD10-Diagnose), zusätzlich werden weitere Diagnosen, Beatmungsdauer, Dauer Intensivbehandlung und Alter, Geschlecht und BL übermittelt. ▪ Zusätzlich seit 13.KW nicht nur entlassene, sondern täglich auch Daten liegender Patienten. ▪ Seit KW15 zusätzlich Informationen über Beatmungsprozeduren ▪ 73 KH liefern wöchentlich, 50 Häuser grundsätzlich täglich (Daten gehen aber nicht von allen an jedem Tag ein) ▪ Pro Klinik 2 Datensätze: 1. Datensatz von Patienten mit respirator. J-ICD10-Diagnose (plus beschriebene weitere Daten) (=Nennerdatensatz), 2. Datensatz mit Daten für alle Patienten in der Klinik	FG36

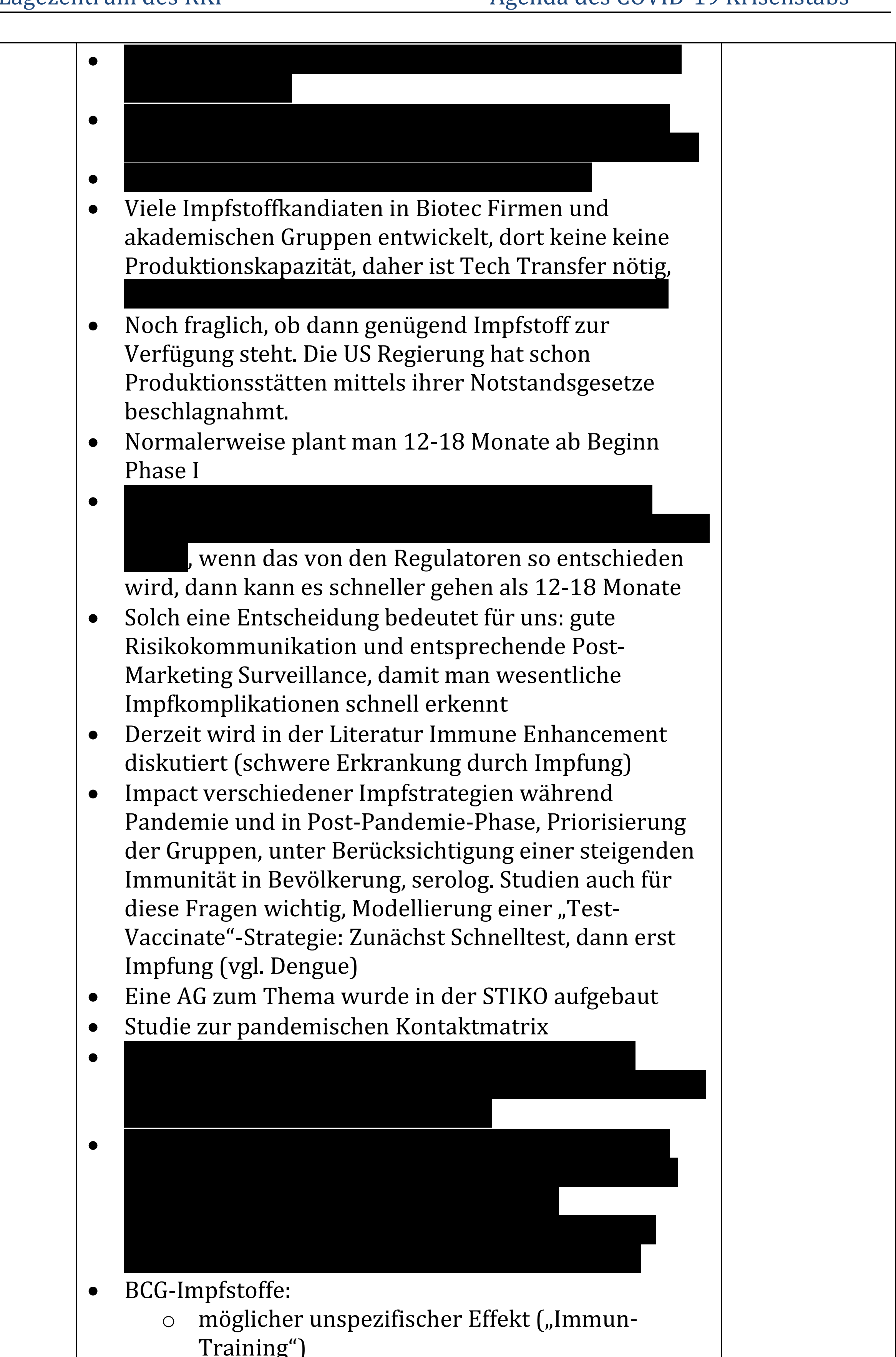
	(mit wenigen weiteren Daten) (=Zählerdatensatz), Inzidenzberechnung ist durch diese beiden Datensätze möglich ▪ COVID-19 ist codiert als U07.1! ▪ Falls jedoch als Hauptdiagnose keine respirator. Diagnose (J-Diagnose), sondern z.B. Sepsis (A41.*) diagnostiziert wird, werden die Daten in ICOSARI nicht im 1. Datensatz (Nennerdatensatz) übermittelt und können damit nicht ausgewertet werden. ▪ Aktuelle Daten: 58% der Pat. Liegen noch im KH, 55% der Pat. sind männlich, 32% liegen auf der Intensivstation, 14% sind beatmet, 8% verstorben ▪ Gesamtfallzahl je Altersgruppe: zw. 50 und 90 Jahren kommt es häufiger zu Intensivbehandlungen, in letzten Wochen Zunahme v.a. von Pat. im Alter von 70-90 Jahren ▪ Chron. Vorerkrankungen in EpidBull 14/2020 publiziert. Wenn man sich diese Untergruppe der Risikofaktoren anschaut (Bluthochdruck, Diabetes/Stoffwechselerkrankungen, COPD, Krebs/Lymphom, Niereninsuffizienz, Lebererkrankung), scheint es so zu sein, dass COVID-19-Verstorbene zuvor weniger Risikofaktoren gehabt haben als Influenza-Verstorbene. ▪ Es wird daran gearbeitet weitere Vorerkrankungen identifiziert zu können. ▪ Es gibt verschiedene Parameter für Erkrankungsschwere in ICOSARI: Ort der Behandlung, Krankheitsergebnisse (z.B. Tod) und Prozeduren (z.B. Beatmung, ggf. wird auch Dialyse noch mit integriert) ▪  ▪ Das Risiko, bei Hospitalisierung mit COVID-19 zu versterben ist in der	



	Altersgruppe 60-69 Jahre 6mal höher, wenn eine der genannten Vorerkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck etc.) vorliegt. ▪ Die Daten zur Schwere des Verlaufs und zu den Risikofaktoren werden nun wöchentlich dargestellt, wenn vorhanden mit weiteren Infos zu Beatmungszeiten. • **Durchgeführte Tests und Testkapazitäten** o 191 Labore insgesamt beteiligt, 149 Labore haben in KW15 über ihre Tests berichtet o Die Testzahl hat etwas abgenommen, aber insges. über 360.000 Tests. Positivenanteil ist etwas zurückgegangen. o Insgesamt 1,7 Mio Tests durchgeführt, entspricht grob den Meldedaten (da einige Doppeltestungen) o Testkapazitäten: 112 übermittelnde Labore: 123.000 pro Tag, d.h. 730.000 Tests pro Woche o Es gibt regionale Unterschiede, aber derzeit Kapazitäten nicht ganz ausgenutzt, Rückstau wurde abgebaut o Große Anzahl von Laboren berichtet über Lieferschwierigkeiten. o In AGI gab es Nachfragen welche totale Testkapazität vom RKI im weiteren Verlauf angestrebt wird, da Labore derzeit nicht ausgelastet sind. Gleichzeitig kam aber auch die Anfrage, ob auch klinisch-radiologische und –epidemiologische Fälle mit einbezogen werden, da nicht alle getestet werden können. Hier gibt es also teils widersprüchliche Eindrücke bzw. Aussagen. o Grundsätzlich sollten, gerade bei sinkenden Fallzahlen ggf. alle ARE getestet werden. Thema soll am 16.04. im Krisenstab diskutiert werden. o Es gibt häufig Fragen zur Kostenübernahme von Public health (PH)-Testen in KH und Altenheimen. Empfehlungen gehen dahin auch asympt. Personal zu testen, damit sie weiter arbeiten können. o Grundsätzlich werden die PH-Teste vom GA angefordert und vom Land bezahlt. Allerdings müssen GÄ z.T. mehr für die Beauftragung der Labordiagnostik zahlen als die	AL3 FG32/ AL3/



	Krankenkassen, daher der Wunsch weniger zu testen (z.B. bei klinisch-epidemiolog. Fällen). o Gerade in der Phase der Lockerung sollten keine Teste vermieden werden. o *ToDo:* • **Schätzung der Reproduktionszahl/Nowcasting:** o Nowcasting-Methode überarbeitet, Stabilisierung der Anzahl der Neuerkrankungen auf Nivea von 3000/3500 o Derzeit arbeitet an der Berechnung der Reproduktionszahl für die BL o In den kommenden Tagen wird zunehmend auf die Reproduktionszahl geschaut werden und sie sollte daher immer ausgewiesen werden o o EpiBul Artikel soll im Laufe des Tages veröffentlicht werden. *ToDo: Die Schätzung von R und auch die Abb. zum Nowcasting soll vom LZ in den Lagebericht aufgenommen werden.*	VPräs/ Präs
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Vorstellung des aktuellen Stands zu Impfung (Folien hier)** • Selbst wenn Impfstoffe zu spät für Verlauf der Pandemie, dann wichtig in Post-Pandemie-Phase • Laut aktueller Nature Publikation gibt es sehr viele Kandidaten in der Pipeline (115, 5 davon in Phase I) mit einem sehr großen Spektrum an unterschiedlichen Ansätzen. • Alle Ansätze haben jedoch Spikeprotein als Ziel Blockierung der Interaktion mit ACE2-Rezeptoren • Es gibt jedoch bislang keine Erfahrungen mit RNA- und DNA-Vakzinen, im Zulassungsprozess u.U. relevant. •	FG33/alle



- Viele Impfstoffkandiaten in Biotec Firmen und akademischen Gruppen entwickelt, dort keine keine Produktionskapazität, daher ist Tech Transfer nötig,
- Noch fraglich, ob dann genügend Impfstoff zur Verfügung steht. Die US Regierung hat schon Produktionsstätten mittels ihrer Notstandsgesetze beschlagnahmt.
- Normalerweise plant man 12-18 Monate ab Beginn Phase I
- , wenn das von den Regulatoren so entschieden wird, dann kann es schneller gehen als 12-18 Monate
- Solch eine Entscheidung bedeutet für uns: gute Risikokommunikation und entsprechende Post-Marketing Surveillance, damit man wesentliche Impfkomplikationen schnell erkennt
- Derzeit wird in der Literatur Immune Enhancement diskutiert (schwere Erkrankung durch Impfung)
- Impact verschiedener Impfstrategien während Pandemie und in Post-Pandemie-Phase, Priorisierung der Gruppen, unter Berücksichtigung einer steigenden Immunität in Bevölkerung, serolog. Studien auch für diese Fragen wichtig, Modellierung einer „Test-Vaccinate“-Strategie: Zunächst Schnelltest, dann erst Impfung (vgl. Dengue)
- Eine AG zum Thema wurde in der STIKO aufgebaut
- Studie zur pandemischen Kontaktmatrix
- BCG-Impfstoffe:
    - möglicher unspezifischer Effekt („Immun-Training“)



	 o unklar, ob tatsächlich wirksam, werden Studien ergeben o Ergebnisse beruhen auf Studien in high mortality settings, z.T. mit Bias o 3 studien in Phase III: ggf. Ansatz für mediz. Personal zur Überbrückung • Derzeit kann man schwer sagen welcher Impfstoffansatz der erfolgversprechendste ist, Joint Procurement vorab schwierig • Es gibt keine Erfahrung wie gut und wie dauerhaft die Immunität durch die Impfung sein wird. • Firmen sind zuversichtlich, dass ein Impfstoff entwickelt werden kann. Bei MERS und SARS wurde die Impfstoffentwicklung in Phase II wg fehlender Finanzierung angehalten • Es gibt keine Erfahrung mit mRNA- Impfstoffen, aber ein großer Vorteil wäre, dass wenn man die Produktionsstätten hat, rel. schnell viel Impfstoff hergestellt werden kann. •  • Anmerkung zur Impfstrategie: z.T. bei Impfungen unerwünschte Wirkungen, die auch bei der Erkrankung vorkommen (dabei aber in größerem Maßstab), wurde auch bei anderen Impfstoffen beobachtet	
3	**Aktuelle Risikobewertung** -	
4	**Kommunikation** • • •	/FG36

	[geschwärzt] • [geschwärzt] **Presse**: • Viele Anfragen zum Flussdiagramm der Kriterien zum Kontaktpersonenmanagement, ggf. sollte und oder oder zugefügt werden • Sollte zunächst von inhaltlich Verantwortlichen geklärt werden, dann setzt IBBS das in Flussdiagramm um. *ToDo: FG36 und FG37 prüfen die vorhandenen Flussdiagramm inhaltlich und informieren IBBS*	Presse
5	**Strategie Fragen** **Allgemein** [geschwärzt] • [geschwärzt] • WHO hat "Strategic Preparedness and Response Plan" veröffentlicht • Weitere Diskussion auf 16.04. verschoben	alle
6	**Dokumente** • Dok zum Entlassmanagement ist überarbeitet und am 14.4. veröffentlicht worden • EpiBul Artikel zu Mund-Nase-Bedeckung	IBBS/FG36
7	**Labordiagnostik** • Kaum Proben eingegangen, keine Änderung zum Vortag.	FG12
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** -	

9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • • •	IBBS
10	**Surveillance** -	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Internetseite und Handzettel/Poster für Reisende aktualisiert, werden in Kürze online gehen.	
12	**Internationales (nur freitags)** -	
13	**Update Digitale Projekte (nur montags)** Wird am 16.04. besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** -	
15	**Wichtige Termine** -	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Donnerstag 15.04.2020, 11:00-12:30	